

Patient Name: _____
MRN: _____ CSN: _____
D.O.B: _____ Admit Date: _____



**PROGRAMA RYAN WHITE
DECLARACIÓN DE INGRESOS**

Yo, _____, por la presente declaro que:
(Nombre del solicitante)

- No cuento con prueba documental de ingresos;
- Estoy solicitando asistencia de _____
(Nombre de la agencia)
- Mi hogar se compone de _____ número de personas; y
- Mis ingresos familiares han sido anualizados en el momento de la solicitud según los procedimientos pre establecidos y ascienden a \$ _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y correcta.

Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible, y que puedo ser objeto de acciones judiciales por proporcionar información falsa o fraudulenta.

(Firma del solicitante)

(Fecha)

(Número y calle)

(Ciudad)

(Condado)

(Código postal)

(Firma del representante de la agencia)